UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

NÉPHRITES AIGUËS CHEZ L'ENFANT

(Consécutives aux infections cutanées et rhino-pharyngées)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Avril 1920

PAR

Basile COLONNA

Né à El-Kantara (Constantine), le 4 Novembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
CHASSEVANT, *Professeur d'hygiène*.....
TOURNADE, *Professeur de physiologie*..... } JUGES.
DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*.....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES NÉPHRITES AIGUES CHEZ L'ENFANT

(Consécutives aux infections cutanées et rhino-pharyngées)

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1920. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

NÉPHRITES AIGUËS CHEZ L'ENFANT

(Consécutives aux infections cutanées et rhino-pharyngées)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Avril 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Basile COLONNA

Né à El-Kantara (Constantine), le 4 Novembre 1891

MEMBRES DU JURY :

MM. CRESPIN, *Professeur de clinique médicale infantile*..... PRÉSIDENT.
CHASSEVANT, *Professeur d'hygiène*.....
TOURNADE, *Professeur de physiologie*..... } JUGES.
DUMOLARD, *chargé des fonctions d'agrégé (médecine)*. ....

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1920

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✲, I. ✲).
ASSESSEUR..... HÉRAIL (I. ✲).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, I. ✲).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✲).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, I. ✲, ◉).
Chimie médicale	X.....
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ✲),
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✲).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ✲).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲, I. ✲).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, A. ✲).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ✲).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ✲).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT, (✲, I. ✲, O. ◉).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ✲).
Hygiène	CHASSEVANT (✲, I. ✲, ◉).
Médecine légale	MICHELEAU (✲).
Matière médicale et thérapeutique	HÉRAIL (I. ✲).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIÉ (✲, I. ✲).
Pharmacie	X...
Physiologie	TOURNADE (✲).
Physique médicale	DUFOUR (I. ✲).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✲).
REY (✲, I. ✲).
MM. BATTANDIER (I. ✲).
MALOSSE, Théod. (I. ✲, ◉).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✲, I. ✲).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (✲, I. ✲). LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. M. DUMOLARD.
Accouchements	FUSTER (✲, I. ✲).
Chimie	H. MALOSSE (I. ✲).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO (A. ✲).
Parasitologie et sciences naturelles	X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A mon Père et à ma Mère

Témoignage d'affection
et de reconnaissance

A mes Sœurs

A ma Famille

A mes Amis

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur CRESPIN

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Gage de respectueux dévouement.

A mes Juges

A mes Maîtres

de la Faculté de Médecine d'Alger

et de l'Hôpital de Mustapha

A tous mes Camarades d'études

et à mes Compagnons d'armes

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

AVANT-PROPOS

Après une longue interruption de nos études, nécessitée par la défense de la Patrie, nous avons eu le bonheur de nous retrouver à Alger. Il nous a été très agréable de nous revoir dans cette ambiance sympathique, au milieu de nos maîtres et de nos amis. Hélas ! parmi ces derniers, quelques-uns sont restés pour toujours sur les champs de bataille. Nous rendons un hommage ému à leur souvenir et, à ce propos, nous nous permettons d'émettre un vœu. Nous aimerions voir, près du grand amphithéâtre de médecine, une plaque commémorative sur laquelle seraient inscrits, en lettres d'or, les noms de nos glorieux camarades qui ont fait le sacrifice de leur vie. Nous ne doutons pas que ce vœu se réalisera un jour.

Avant de quitter la Faculté, non sans regrets, car nous avons bien la conviction que le temps que nous y avons passé est le meilleur, nous tenons à témoigner notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et de l'Hôpital. C'est à leur précieux enseignement que nous devons la meilleure part de ce que nous savons.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Crespin, notre maître, de l'intérêt qu'il nous a toujours porté pendant le temps trop court passé dans son service. Il n'a ménagé ni son temps, ni sa peine pour nous enseigner la Pathologie infantile. Il a su nous rendre cette étude si agréable que nous nous y intéressons d'une façon toute particulière. Que notre maître soit assuré de tout notre dévouement.

Nos remerciements vont également à MM. les Professeurs : Ardin-Delteil, professeur de clinique médicale, qui nous apprit les premiers éléments de médecine ; Curtillet, professeur de chirurgie infantile ; Vincent, professeur de clinique chirurgicale ; Weber, Argaud, Leblanc, Poujol, professeurs à la Faculté. Nous n'aurions garde d'oublier M. le Professeur Rouvier, professeur de clinique obstétricale, qui s'intéressa, d'une façon toute particulière, à tous ceux que la guerre avait longuement retardés.

Avant la guerre, nous avons eu la bonne fortune d'être l'externe de M. le Dr Benhamou, dans son service Harvey; nous conserverons le souvenir des moments agréables que nous avons passés avec lui et nous le remercions de son enseignement pratique dont nous avons déjà tiré un grand profit.

Mlle le Dr Germaine Athias, qui fut notre chef de clinique dans le service de M. le Professeur Crespin, fut toujours aimable pour nous. Nous la remercions de ses conseils éclairés dont nous avions tant besoin.

Que MM. les Docteurs Duboucher, Mosca, Poujet, Dupuy d'Uby, chefs de clinique, qui furent pour nous des amis, et ne nous ménagèrent pas leurs conseils au cours de nos études, reçoivent ici nos remerciements et l'assurance de notre affectueuse sympathie.

Durant les années que nous avons passé à Alger, nous nous sommes liés d'une amitié fraternelle avec les Docteurs Gueidon, Montéro Louis, Porcher, Rouvier, Vogt et Vergoz. C'est avec eux que nous avons passé les moments agréables de notre vie d'étudiant ; nous en conserverons jalousement le souvenir.

INTRODUCTION

En septembre et octobre 1919, alors que nous faisions fonction d'interne dans le service de M. le Professeur Crespin (salle Claude Bernard), nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de néphrites hématuriques chez des enfants de trois à quinze ans. Ces cas de néphrite se sont présentés simultanément, avec une allure épidémique et, en particulier, à quelques jours d'intervalle, chez deux sœurs. La similitude dans les symptômes observés, dans l'étiologie, et dans l'évolution de cette affection, nous a frappé. Encouragé par notre maître, nous avons pensé qu'il serait intéressant de grouper ces observations et de faire une étude clinique du syndrome observé.

Cependant, cette étude de néphrites survenant chez des enfants à la suite d'impétigo ou d'infections du rhino-pharynx aurait pu paraître banale, si nous n'avions pas été amené à rechercher s'il n'existait pas chez nos petites malades, une tare héréditaire ayant « *débilité leurs reins* ».

C'est, en effet, la constatation de stigmates très nets d'hérédo-syphilis chez deux de nos malades qui nous a engagé à fouiller les antécédents familiaux et personnels de nos autres malades. Nous croyons pouvoir dire que la plupart des enfants observés étaient tarés.

Cette constatation nous a permis de mieux nous expliquer comment des affections relativement bénignes (impétigo léger, rhinite, stomatite) pouvaient avoir de grands effets sur des reins « sensibilisés ».

D'autre part, « cette prédisposition rénale » que nous avons tenu à mettre en relief, comporte des conséquences à un double point de vue : Pronostic et thérapeutique. Elle n'est donc pas à négliger.

Dans un premier chapitre nous envisagerons les études antérieures faites au sujet de la néphrite impétigineuse et pharyngée en essayant de mettre en relief le point de vue étiologique. Nous exposerons rapidement, dans un deuxième chapitre, les diverses méthodes d'investigation de la fonction rénale que nous avons employées. Nous décrirons ensuite le syndrome clinique tel qu'il ressort de nos observations, et nous terminerons par des considérations sur le rôle de l'hérédité rénale, modifiant le pronostic et le traitement de nos néphrites.

Tel est l'objet de notre modeste travail. Nous nous excusons à l'avance de ne pouvoir apporter de preuves anatomo-pathologiques. Peut-être une plus longue expérience montrera-t-elle que les néphrites observées au cours des pyodermites évoluent bien dans la majorité des cas sur des reins débilités par ailleurs.

Historique et Etat actuel de la question

Les affections des reins liées à des lésions cutanées avaient été observées il y a déjà fort longtemps. Dès l'antiquité, Hippocrate rapporte le cas d'un homme atteint de « prurit et d'épaississement de la peau... », mais il est probable qu'il ne vit pas les rapports pouvant exister entre ces deux affections et ne soupçonna pas la lésion rénale.

De 1828 à 1870, on s'occupe bien de la question, mais l'opinion généralement admise est que la néphrite chez l'enfant, en dehors de la néphrite scarlatineuse, est exceptionnelle. Dès 1870, *Sterner* et *Neurotter*, se basant sur de nombreuses observations, protestent contre cette opinion. Un peu plus tard (en 1875), Duncan Buckley, dans ses « Archives », publie un mémoire important ayant pour titre: « Des rapports des maladies de la peau avec l'urine ». Puis Salvioli, en 1879, donne l'observation d'un malade qui avait un eczéma impétigineux généralisé et chez lequel apparurent au quarante-troisième jour de la maladie, les signes d'une néphrite dont il mourut trois semaines après.

Mais c'est surtout la thèse de Sirugues (1881), qui apporte une grosse contribution à la question en prouvant la réalité de la néphrite impétigineuse. Il insiste sur ce fait que les médecins d'enfants n'ont pas assez fixé leur attention sur cette question. De telle sorte qu'un grand nombre d'observations auraient pu être fournies si l'on n'avait pas trop souvent considéré l'albuminerie comme étant l'affection principale, première, l'affection cutanée

n'apparaissant que comme un épiphénomène. C'était donc la deuxième étape dans la conception qu'on se faisait des néphrites. En effet, si les uns avaient considéré la lésion cutanée comme un épiphénomène, Duval (Thèse de Paris 1880) (1) avait rattaché les affections cutanées à la maladie des reins. « S'il est vrai que la quantité d'urine dans la circulation est parfaitement capable d'irriter mécaniquement ou chimiquement la peau qui l'élimine (Duval donne deux observations concluantes), combien de lésions cutanées ont-elles été mises sur le compte d'une affection rénale alors qu'elles étaient la cause de cette dernière ! »

Mis en garde par ces deux tendances, les observateurs se mettent à la recherche des relations existant entre ces deux affections.

En 1883, Boyer dans sa thèse fait un travail considérable sur la question et il rapporte sept observations de néphrites liées à des impétigos du cuir chevelu. Puis successivement, Augagneur (2), en 1885, Müller (3), en 1890, Leonida Canali (4), en 1891, publient des observations. La documentation devient de plus en plus serrée avec les publications de MM. Marfau et Broca (1894), Lesné (1895), Hutinel et Labbé (1896), Comby (1897) et Dupeu (Thèse 1897).

A partir de 1900, presque tous les journaux de Pédiâtrie relatent des observations de néphrites, en particulier de néphrites hématuriques, au cours d'impétigo, de gale, d'ecthyma, d'infection du naso-pharynx. Fontanié (1903), en fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Tous les auteurs s'accordent pour incriminer la lésion

---

(1) Des éruptions rénales. — Thèse Paris 1880.

(2) Néphrites infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma (Lyon Médical 1885).

(3) Sur 1 cas de néphrite dans l'impétigo contagiosa (Jahr für Kinderheilk, t., XXXI.

(4) Archives Italienne de Pédiâtrie (1891-1892).

cutanée et déclarer le pronostic bénin. Successivement, Guiard (1908) et Vasseur (1910), élèves du Professeur Hutinel, font leur thèse sur la néphrite chez l'enfant et donnent les mêmes conclusions. Pour Guiard, c'est le staphylocoque, le streptocoque et leurs toxines qui doivent être incriminés. Ces microbes ont pu être mis en évidence chez le même malade dans les lésions du cuir chevelu et dans les urines. En 1909, le Dr Maurizio Pincherlé signale deux cas de néphrites hémorragiques par microcoques tétragènes, avec porte d'entrée dans la gorge.

La question étiologique ne faisant plus aucun doute, on recherche les modifications de l'appareil cardio-vasculaire au cours de ces néphrites. MM. Nobecourt et Voisin publient une très belle étude de cette question dans les « Archives de Médecine des Enfants » (1909). Nous avons cependant remarqué que dans les douze observations qu'ils publient, ces auteurs signalent deux néphrites de « cause inconnue ». En lisant ces observations nous nous sommes rendus compte qu'il s'agissait de deux enfants dont l'un avait des traces d'impétigo sur la tête, l'autre des signes de rachitisme. MM. Nobecourt et Voisin n'ont pas osé faire de ces traces d'impétigo une étiologie possible de la néphrite, à cause sans doute de la disproportion entre la cause et l'effet. Cependant si cet enfant avait eu un organisme débilité par une tare, tout s'expliquerait. Nous ne pensons pas qu'elle ait été recherchée.

Plus récemment, Plaisant (1919), inspiré par M. le Professeur Marfau, a fait sa thèse sur les complications des pyodermites chez l'enfant. Il croit, lui aussi, que l'inflammation rénale est imputable aux lésions pyodermiques, et il tire sa conclusion d'un certain nombre d'arguments probants, mais il se demande, sans trop insister, s'il n'existe pas souvent une « tare débilitant le rein ». De

fait, dit-il, nous « croyons que tel est, en effet, le cas pour beaucoup de malades dont nous avons eu les observations entre les mains, un examen attentif des antécédents héréditaires, nous ayant montré que dans plus de la moitié des cas, le passé pathologique est chargé ».

Il est certain que quelqu'un qui fréquente quelque peu une consultation infantile peut se rendre compte du grand nombre d'enfants atteints de pyodermite, d'impétigo, du grand nombre d'enfants porteurs de « croûtes de lait », entretenues religieusement par la superstition des mères, et cependant le nombre des néphrites n'est pas très élevé. Pollet (Thèse de Lille, 1911), ayant examiné 304 enfants atteints d'impétigo, n'a trouvé que 7 fois la néphrite, soit 2,6 % des cas ; de même, en 1917, George Edwin Baxter (1), dans une étude clinique de 60 cas d'infections nasales dans la pratique privée, ne relate que 6 cas de néphrite aiguë hémorragique, soit 10 %.

Il semble donc que l'infection cutanée généralement considérée comme seule et unique cause de la néphrite, ne soit pas toujours suffisante. D'autant plus que parmi les malades que nous avons examinés, ce ne sont pas les lésions cutanées ou rhino-pharyngées les plus sérieuses qui ont déterminé la néphrite la plus grave. Une « fragilité rénale » paraît donc nécessaire dans la plupart des cas. Nous nous proposons de développer plus loin cette question.

Urologie et Examen fonctionnel du Rein et des divers appareils dans les Néphrites en général

L'étude de l'urologie, chez nos malades, présente un intérêt tout particulier. C'est, en effet, au niveau des reins que les poisons du sang s'éliminent et passent dans les urines.

Le rein est un filtre, mais c'est un filtre qui concentre, un filtre « électif » (Castaigne). De fait, normalement, les substances telles que le glucose et les albumines qui sont les parties fondamentales du sang circulant ne sont pas éliminés par les reins tandis que l'urée, substance de déchet du sang, est non seulement filtrée au niveau des reins, mais concentrée par eux afin d'être éliminée au maximum.

On comprend, dès lors, combien il est indispensable de bien connaître l'élimination urinaire, de savoir exactement les substances qui sont éliminées, en particulier l'urée, le chlorure de sodium, l'eau ; d'y rechercher des substances qui, normalement, ne doivent pas s'y trouver.

Chez l'adulte, des moyennes ont été établies et on peut s'y rapporter pour des comparaisons. Chez l'enfant, en parcourant les travaux consacrés à l'urologie infantile, on trouve à chaque pas des résultats discordants. Il ne faut pas voir dans les éliminations urinaires de l'enfant, une simple réduction de celles de l'adulte, que condition-

neraient un âge moins avancé, ou un poids moins élevé. Leur signification est tout autre. La nutrition de l'adulte assure la ration d'entretien et subvient aux excès transitoires des dépenses organiques ; celle de l'enfant doit, en outre, faire les frais du développement de l'économie : elle exige donc une plus grande activité des échanges.

La quantité d'urines par 24 heures, chez l'enfant de 8 à 10 ans, est de 1 litre.

L'élimination des chlorures n'a d'intérêt que par comparaison avec les chlorures ingérés ; elle est directement régie par les modifications apportées à l'alimentation. On connaît leur rôle dans la pathogénie des œdèmes. Chaque fois qu'il y a œdème on sait qu'il y a rétention chlorurée. Chez l'enfant, un moyen pratique mais grossier, consiste à peser régulièrement les petits malades. La courbe des poids permet d'apprécier approximativement si la rétention augmente ou diminue.

La présence d'albumine dans les urines de tous nos malades, sauf 1 (Observation VII), prouve une lésion du « filtre électif ». Cette recherche a été faite par la méthode de Grimbert. Cete méthode simple, précise, permet d'éviter toutes les causes d'erreur. Elle consiste à précipiter la globuline par le sulfate de soude.

Nous avons également recherché systématiquement le sang dans les urines de nos malades. Nous avons employé la réaction de Meyer. On traite 3 cc d'urine par le réactif suivant : (Réactif de Meyer).

Phénophtaléine	2 gr.
Potasse caustique.....	20 gr.
Eau distillée.....	100 gr.
Poudre de Zinc.....	10 gr.

On en met en quantité égale, on agite, puis on verse doucement quelques gouttes d'eau oxygénée (ne jamais

oublier de s'assurer que l'urine a une réaction acide). Cette réaction est extrêmement sensible et permet de déceler des hématurées histologiques, malheureusement elle est également positive avec d'autres substances qu'on peut rencontrer dans l'urine. Nous avons toujours contrôlé cette recherche par l'étude microscopique des urines, ce qui nous a permis de distinguer des hématies et quelquefois des cylindres granuleux.

Pour l'examen de l'appareil cardio-vasculaire, nous avons en dehors de l'examen physique du cœur, toujours mesuré la tension artérielle de nos petits malades. Nous nous sommes servi de l'oscillomètre du Professeur Pachon et nous croyons bien faire en donnant ici un tableau des tensions moyennes chez l'enfant (extrait de la thèse de M^lle^ Kœsseler). Ces chiffres nous seront nécessaires pour l'interprétation des résultats obtenus dans nos observations.

AGE	MAXIMA	MINIMA
1 an.....	9	4 à 5
2 à 4 ans..	10	5 à 6
5 à 7 ans.	11 à 12	7
8 à 11 ans...	12 à 13	7 à 8
12 à 13 ans.....	14	9
14 à 16 ans.....	15 à 16	9 à 10 -
Adulte.....	14 à 17	8 à 10 -

Pour l'*urée*, les résultats (toujours très variables avec l'alimentation) obtenus en faisant des moyennes sur une assez longue période, ont donné :

13 à 14	grammes par	24 heures	vers 3 ans
18 à 20	—	—	vers 10 ans
25	—	—	après 15 ans

Bien que nos dosages aient été faits suivant la méthode de De Fosse par le Xanthydrol qui est plus précise que la méthode par l'hypobromite de soude, on conçoit que cette variabilité dans les chiffres d'urée ait amené les médecins à rechercher des renseignements plus précis sans les *rapports urologiques*. Là encore cependant, l'accord est loin d'être fait, et nous ne pourrons que signaler celui que nous avons systématiquement recherché. C'est le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total, rapport qui, d'ailleurs, considéré seul, ne donne aucun renseignement puisqu'il ne permet pas de savoir si c'est le foie ou le rein qui est lésé.

Aussi lui avons-nous toujours adjoint le rapport azoturique dans le sang.

La disposition schématique ci-dessous fera comprendre les renseignements qu'on peut tirer de ces deux coefficients :

Rapport azot. dans les urines :

Diminué : diminut. des oxydes (insuff. hépat.) ou altération rénale (rétention).

Augmenté : combust. fortes (surprod. hépat.) ou rein normal.

Rapport dans le sang :

Diminué : diminution des oxyd. (insuff. hépat.) rein normal.

Augmenté : Combustions fortes (surprod. hépat.) ou rein malade (rétention).

Prenons en exemple les rapports azoturiques établis dans notre observation IV :

Rapport azoturique dans les urines 0,76

Rapport azoturique dans le sang..... 0,93

La comparaison de ces deux rapports indique que le foie est normal et qu'il serait même en état de surproduction si le rapport azoturique dans les urines (diminué) n'indiquait un certain degré de rétention azotée. Donc, dans ce cas : foie normal, rein malade.

Ces déductions seraient assez séduisantes si la valeur de ces rapports n'était tant décriée. Ils permettraient dans une certaine mesure de savoir dans les rétentions azotées, la part qui revient au foie et celle qui revient aux reins. Monsieur le Professeur Maillard a établi le coefficient d'imperfection uréogénique. Ce coefficient a été établi plus scientifiquement et a beaucoup plus d'intérêt pratique. Nous espérons le voir entrer bientôt dans la pratique hospitalière d'Alger. Monsieur Brignolle, ingénieur-chimiste, chef du laboratoire de la clinique médicale infantile, qui a fait toutes nos analyses, nous avait proposé de le rechercher. Malheureusement, depuis qu'il est en mesure de l'établir, aucun cas de néphrite ne s'est présenté.

Enfin nous avons employé deux méthodes basées sur « *l'élimination provoquée* », d'une certaine quantité de bleu de méthylène.

La première, qui permet d'apprécier le degré de perméabilité des reins consiste à injecter profondément dans la fesse 1cc. d'une solution aqueuse stérilisée de bleu à 1/20. L'élimination doit commencer à la fin de la première demi-heure et être terminée vers la 48e heure.

La 2°, qui permet d'apprécier l'état fonctionnel du foie, est l'épreuve de Roch (de Genève). Elle consiste à faire ingérer 2 milligrammes de bleu de méthylène. Un foie normal doit retenir cette quantité de bleu et les urines doivent rester incolores.

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

Stomatite. — Œdème pulmonaire. — Néphrite aiguë

Yvonné S..., 6 ans 1/2.

Entre à l'hôpital le 27 septembre 1919 (salle Cl. Bernard).

Antécédents héréditaires. — Père teinturier, 33 ans, serait bien portant. Mère 31 ans. A eu six enfants à terme dont trois sont morts à 9 jours, d'ictère.

Antécédents personnels. — Cette enfant fréquente assez régulièrement, depuis l'âge de 18 mois, la consultation gratuite de M. le professeur Crespin. A 18 mois on signale chez elle du rachitisme crânien (bosses pariétales et frontales saillantes, nez ensellé, circulation péricrânienne, fontanelle antérieure extrêmement large, une ébauche de chapelet costal, un ventre trilobé et de la micropolyadénie). A 2 ans l'enfant ne marche pas encore. Elle a successivement la rougeole et la coqueluche. Puis son état s'améliore. Elle revient cependant souvent à la consultation parce qu'elle tousse.

Le 24 septembre 1919, l'enfant est présentée parce qu'elle tousse, se plaint de la tête et a de la fièvre depuis 8 jours. A l'examen on signale un faciès pâle, déprimé. On note de la dyspnée et à l'ausculation on entend des râles ronflants et sibilants abondants en arrière. La langue est rouge et l'enfant a une diarrhée fétide. On ordonne un bain chaud, et une potion pectorale.

Le 26 septembre. — Température 38° 9. La pâleur et la dyspnée persistent. A l'auscultation, légère submatité à la base droite, pluie de râles humides sur toute la hauteur des deux poumons. Stomatite importante. L'état général étant très mauvais on conseille l'hospitalisation qui est acceptée.

27 septembre. — Température 39° 2. L'enfant est très abattue, pâle, dyspneïque. Sa face (particulièrement les paupières supérieures) est légèrement bouffie. On note également un peu d'œdème aux membres inférieurs. L'examen de la bouche montre une mauvaise implantation de dents cariées. Les gencives sont enflammées et saignantes, l'haleine est fétide. Rien à l'examen de la gorge. Le ventre est souple, étalé ; on note un peu de diarrhée. La rate n'est pas perceptible mais le foie est gros et déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses-côtes.

A l'auscultation, en avant et en arrière, sonorité égale ; râles humides qui ressemblent fortement à des râles d'œdème, 44 respirations par minute. Rien à l'examen du cœur. La tension au Pachon est de : max. : 11 ; min. : 6.

L'enfant urine peu et ses urines sont franchement hématuriques. A l'analyse on a :

Albumine : traces.

Réaction de Meyer positive

L'examen microscopique révèle de nombreuses hématies.

On ordonne un enveloppement humide, un bain chaud, des ventouses scarifiées sur la région lombaire et une potion avec 2 gr. de chlorure de calcium et X gouttes d'adrénaline. Régime hydrique et nettoyage de la bouche.

29 septembre. — L'état général s'est considérablement amélioré. Les urines sont un peu plus abondantes, moins sanglantes, la dyspnée est moins accentuée. On note toujours un très léger œdème des membres inférieurs mais à l'auscultation on est surpris de constater la disparition presque complète des râles humides, si nombreux les quelques jours précédents.

1^er^ octobre. — L'état de la bouche est excellent. La langue est propre, la dyspnée nulle, l'auscultation est négative,

les urines sont abondantes et décolorées. La réaction de Meyer pratiquée est négative et l'albuminurie = o. La tension est de 11-7. Pas de rétention d'urée, pas de rétention chlorurée. Le rapport azoturique 0,82 est normal. Le foie reste gros et on note urobiline réaction positive.

4 *octobre.* — Les urines sont de nouveau sanglantes et contiennent des traces d'albumine, mais l'état général reste bon et la température est normale.

11 *octobre.* — La stomatite est guérie. L'état général est bon, les urines sont normales, le foie reste gros. On pratique l'épreuve de Roch (ingestion de 2 millig. de bleu de méthylène) et on constate la coloration en bleu des urines.

15 *octobre.* — On pratique la réaction de Wassermann qui est positive.

17 *octobre.* — On recherche le degré de perméabilité rénale (épreuve de Chauffard et Castaigne).

Le bleu n'apparaît que tardivement : 2 heures après l'injection, et les urines, recueillies de 4 heures en 4 heures, montrent une élimination intermittente. Après le quatrième jour de cette épreuve les urines sont encore légèrement teintées en bleu.

On institue le traitement spécifique (frictions hydrargyriques) qui sont bien supportées.

12 *novembre.* — L'enfant se porte bien. Pas d'œdème, pas d'albumine. Elle a gagné 2 kilogs depuis son entrée.

11 *février* 1920. — Examen des urines toujours négatif.

1er *mars.* — L'enfant quitte l'hôpital, *guérie.*

Observation II (Inédite)

Impétigo pédiculaire. — Néphrite aiguë. — Albumine persistante

Lucienne S..., 9 ans.

Entre à l'hôpital le 13 octobre 1919 (Salle Claude Bernard).

Antécédents héréditaires. — Se reporter à l'observation I, Yvonne et Lucienne étant deux sœurs.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à 6 mois, allaitement mixte jusqu'à 14 mois. Première dent à 4 mois. A marché à 1 an. Pas de maladies importantes dans le jeune âge. L'enfant a une tête un peu volumineuse, mais le rachitisme crânien est moins marqué que chez sa sœur.

Histoire de la maladie. — L'enfant est amenée à la consultation gratuite (salle Bouillaud), le 13 octobre 1919, parce qu'elle tousse, est dyspnéique et se plaint du ventre et de la tête. En même temps œdème généralisé, plus important à la face et aux membres inférieurs. La mère a remarqué que les urines étaient sanglantes et peu abondantes.

On conseille l'hospitalisation et l'enfant entre à Claude-Bernard ce même jour.

Examen. — A l'inspection on a affaire à une enfant pâle, abattue. L'œdème surtout marqué à la face et aux membres inférieurs est très léger au niveau du thorax et de l'abdomen. Sur le cuir chevelu, on remarque de nombreuses croutelles jaunâtres et suintantes (impetigo). La température est de 37° 6. La langue est saburrale, l'anorexie marquée, pas de vomissements. Pas de constipation, pas de diarrhée (une selle liquide par jour). Le ventre est ballonné, dur, trilobé et le foie déborde de trois travers de doigt le rebord des faus-

ses côtes. La rate n'est pas perceptible. A l'ausculation pulmonaire, respiration légèrement soufflante. Les signes d'adénopathie trachéo-bronchique (Smith et Desfine) sont négatifs. Le pouls est petit mais régulier (80 pulsations). La pointe du cœur bat dans le 5e espace intercostal en dedans du mamelon ; les bruits du cœur sont bien frappés. La tension est de : Max. : 13 ; Min. : 10.

Une analyse rapide des urines montre des traces d'albumine et une réaction de Meyer positive.

Traitement : bain chaud, lavement purgatif, chlorure de calcium, 1 gr. ; adrénaline, X gouttes (sol. au 1/1000e). Régime lacté et traitement de l'impétigo.

14 *octobre*. — La température se maintient au-dessous de 38°. Les urines sont plus abondantes, 1.010 gr., franchement hémorragiques. Les œdèmes diminuent, l'état général est meilleur. L'analyse complète faite par le chimiste donne :

Albumine	0 gr. 18
Sucre	0 gr.
Urée	0 gr. 51
Chlorures	7 gr. 43
Pigts biliaires	Réaction positive
Urobiline	Néant
Rapport azot	0 gr. 75

Des ventouses scarifiées appliquées au niveau du triangle de G. L. Petit permettent de doser l'urée dans le sang.

$$\text{Urée} = 0 \text{ gr. } 22$$

$$\text{Rapport azoturique} = \frac{\text{azote de l'urée}}{\text{azote total}} = \frac{0 \text{ gr. } 11}{0 \text{ gr. } 143} = 0{,}76$$

15 *octobre*. — Le Wassermann demandé est positif dans le sérum sanguin.

L'examen microscopique des urines montre de nombreuses hématies et quelques cylindres.

16 *octobre*. — Les urines sont toujours hémorragiques, mais abondantes (1.500 gr.), l'état général est bon. Pas de dyspnée. La face n'est plus bouffie et les membres inférieurs

sont très peu œdématiés. La tension est de : Max. : 11 ; Min. : 8.

20 *octobre.* — L'albuminurie persiste, mais les urines abondantes ne sont plus hémorragiques. Pas d'œdéme. Le foie reste gros. On pratique l'épreuve des 2 milligr. de bleu de méthylène. Les urines sont colorées en bleu.

25 *octobre.* — L'impétigo du cuir chevelu, énergiquement traité, est complètement guéri. L'état général de l'enfant est excellent. La tension artérielle est normale. Les œdèmes ont disparu, le foie a diminué mais l'albuminurie (traces) persiste.

26 *octobre.* — On pratique l'épreuve de l'élimination provoquée (1 cc. de la solution au 1/20e de bleu de Méthylène). Les urines sont bleues dès la première demi-heure. Le maximum de l'élimination est à la 4e heure. Pas d'intermittence mais le 4e jour les urines sont encore bleues.

20 *décembre.* — Un nouvel examen des urines montre toujours la présence d'albumine. L'enfant a le régime ordinaire de l'hôpital depuis longtemps. Bon état général, pas d'œdème.

13 *février.* — L'albuminurie persistant, on institue le traitement spécifique (frictions hydrargyriques) ; malheureusement l'enfant ayant quitté l'hôpital, n'est pas revenue jusqu'à ce jour à la consultation. De ce fait nous n'avons pu juger de l'effet de notre traitement.

Observation III (Inédite)

Végétations adénoïdes. — Néphrite aiguë. — Guérison

Jeanne A..., 11 ans.

Entre à l'hôpital le 10 novembre 1919 (Salle Claude Bernard).

Antécédents héréditaires. — Mère décédée il y a six ans et demi de diabète. Le père a abandonné son enfant et a disparu. Pas de frère, pas de sœur. Aucun renseignement précis.

Antécédents personnels. — Elle a eu la rougeole à 5 ans, du paludisme à 7 ans. C'est une enfant qui a un faciès adénoïdien et dort la bouche ouverte.

Histoire de la maladie. — La maladie actuelle a débuté il y a une quinzaine de jours par de la fièvre, des œdèmes et des étouffements la nuit. L'enfant avait en même temps de l'inflammation de la gorge, qui a duré 6 jours.

Examen. — T. 37° 8. A l'inspection on remarque la pâleur de la petite malade, une légère bouffissure de la face, un œdème peu marqué du thorax, de l'abdomen et des membres inférieurs. Cet œdème a d'ailleurs été plus important.

La dyspnée est peu marquée (32 respirations), l'enfant ne tousse pas. A l'auscultation pulmonaire, submatité aux deux bases, vibrations diminuées, obscurité respiratoire. Le signe du son est négatif, l'espace de Traübe est libre. On fait une ponction exploratrice qui ne ramène pas de liquide. (Il est possible que l'enfant ait fait un hydrothorax, les œdèmes ayant été plus considérables).

L'examen de la gorge montre une hypertropie marquée des amygdales sans signes inflammatoires.

Le pouls est régulier, plein (80 pulsations), le cœur est normal, les bruits bien frappés. La tension au Pachon est de : Max. : 17 ; Min. : 13.

Rien du côté de l'appareil digestif. La rate est palpable. L'enfant se plaint de douleurs lombaires ; les urines sont hautes en couleur, peu abondantes et ne contiennent pas de sang, mais des *traces d'albumine*.

Traitement : Bain chaud, ventouses sur la région lombaire. Régime hydrique vingt-quatre heures.

11 *novembre*. — Les urines des vingt-quatre heures ont été recueillies et sont abondantes : 1.100 gr. Elles sont envoyées au chimiste pour analyse complète :

Albumine	0 gr. 35 %.
Glucose	Néant.
Urobiline	Réaction négative.
Pig^{ts} biliaires.....	Néant.
Indican	
Chlorures	5 gr. 95.
Urée	7 gr. 75.
Azote de l'urée.....	3 gr. 60.
Azote total.....	4 gr. 57
Rapport azoturique....	0,78.

Le rapport azoturique dans le sang : 0,80.

12 *novembre* 1919. — L'état général est bon. Les œdèmes diminuent, pas de fièvre, pas de dyspnée, aucun signe à l'auscultation pulmonaire. Pas de douleurs lombaires. Le foie est un peu gros (dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses-côtes). La tension artérielle a diminué : Max. : 14 ; Min. : 9.

15 *novembre*. — Etat général excellent. Albuminurie persistante. Presque pas d'œdème. Tension 13 1/2-9 1/2.

20 *novembre*. — On pratique la réaction de Wassermann qui est *positive* dans le sérum sanguin. L'enfant est envoyée à la consultation du docteur Aboulker pour examen du rhino-pharynx. On fait le diagnostic de grosses amyg-

dales, végétations adénoïdiennes et rhinite hypertrophique bi-latérale.

Après désinfection du rhino-pharynx, l'enfant est opérée de ses végétations.

1er *décembre*. — Albumine : 0. Pas d'œdème, urines claires et abondantes. On reprend l'alimentation ordinaire.

3 *décembre*. — On pratique l'épreuve de l'élimination provoquée du bleu de méthylène. Le bleu apparaît dès la fin de la première demi-heure, maximum de l'élimination vers la sixième heure, élimination retardée (cesse à la fin du 3e jour). Pas d'intermittence.

8 *décembre*. — L'épreuve de Roch (2 milligr. de bleu de méthylène) est négative. L'état général est bon.

24 *décembre*. — L'enfant sort de l'hôpital guérie.

Observation IV (Inédite)

Coryza suppuré. — Néphrite aiguë. — Guérison

Léontine M..., 13 ans.

Entre à l'hôpital, le 29 octobre 1919, (Salle Cl. Bernard).

Antécédents héréditaires. — Père mort à la guerre, était bien portant. Mère souffre de l'estomac et de maux de tête fréquents. Une fausse-couche naturelle. 2 frères plus âgés, bien portants, une sœur très anémiée.

Antécédents personnels. — A eu la dysenterie à 10 mois, la rougeole à 5 ans. A, depuis son jeune âge, une otite moyenne suppurée et dort la bouche ouverte la nuit.

C'est une enfant bien conformée. Pas de rachitisme.

Histoire de la maladie. — La maladie remonte à 8 jours et a débuté brusquement. L'enfant qui s'était couchée bien portante, s'est réveillée le lendemain avec des douleurs lombaires intenses, en même temps que sa mère constatait de la bouffissure du visage. Elle a eu de la fièvre et des urines sanglantes.

Examen. — Température 37° 8. A l'infection il s'agit d'une enfant pâle, avec un faciès adénoïdien, qui a une voix nasonnée. La bouffissure du visage est peu marquée, l'œdème des membres inférieurs peu appréciable. Ce qui frappe surtout c'est la *dyspnée* qui est très importante, et rappelle les dyspnées toxiques (on note 44 respirations par minute). A l'auscultation pulmonaire, rien d'extraordinaire, si ce n'est une respiration soufflante.

Le pouls est petit, rapide, régulier, 140 pulsations par minute. Les bruits du cœur sont très rapprochés, on a une tendance à l'embryocardie. La tension est de 12-10 1/2.

La langue est légèrement saburrale, le ventre souple, la

rate non perceptible, le foie gros (déborde de 2 travers de doigt le rebord des fausses-côtes), il y a de la diarrhée qui se serait installée depuis la veille.

Les douleurs lombaires sont *très vives*. Les urines sanglantes. Une analyse immédiate nous donne :

Albumine	présence.
Sang	Réaction de Meyer positive.

Traitement. — Diète hydrique. Saignée 300 gr. 1 bain chaud. Une potion avec : Chlorure de Ca. : 2 gr. ; spartéine : 0 gr. 05 et ergotine : 1 gr.

30 *octobre.* — Température 37°. On a recueilli les urines de 24 heures, qui sont abondantes (1500 gr.).

L'analyse complète nous donne :

Albumine	1 gr. 31.
Sang	Réaction positive.
Sucre	Néant.
Urobiline et pig^{ts} bil^{res}.	Néant.
Chlorures	10 gr. 33.
Urée	6 gr. 75.
Azote de l'urée.....	3 gr. 14.
Azote total.....	4 gr. 09.
Rapp^{t} azo^{t}.....	0 gr. 76.

Dans le sérum sanguin : urée.... 0 gr. 283.

Azote de l'urée.....	0 gr. 113.
Azote total.....	0 gr. 121.
Rapp. az.....	0,93.

L'état général est meilleur. Plus de dyspnée. L'enfant qui ne dormait plus depuis 8 jours, a très bien dormi. Le pouls est toujours petit ; il est cependant mieux frappé, régulier.

La tension est de :

Max.....	13
Min.....	9

On institue le régime lacté.

31 *octobre.* — L'état général s'améliore. Les bruits du cœur sont bien frappés, le pouls est plein, régulier. Le visage a complètement regressé. Plus de bouffissure du visage,

plus d'œdèmes des membres inférieurs. Les urines sont abondantes et non sanglantes. La réaction de Meyer est négative, l'urine centrifugée montre quelques cylindres mais pas d'hématies. La tension est de 12-7. On maintient le régime lacté et le repos au lit.

3 *novembre.* — Pas de fièvre, l'enfant semble absolument guérie. Elle demande à se lever et réclame à manger.

7 *novembre.* — L'enfants a dû manger le régime ordinaire. Les urines sont de nouveau *sanglantes.*

Une nouvelle analyse nous donne :

Volume des 24 heures, 1100 cc.

Albumine	néant.
Sang	réaction positive.
Chlorures	13 gr. 75.
Rapp^{t} az.....	0,83.

On institue le régime lacto-végétarien *sans sel.* Pas de traces d'œdème. Bon état général.

10 *novembre.* — On envoie l'enfant au spécialiste pour examen du nez. Résultat de l'examen : Pas de végétation, rhinite suppurée. L'enfant est soignée suivant les indications données.

14 *novembre.* — La réaction de Wassermann est positive, dans le sérum sanguin. Les urines sont claires, abondantes (1700 gr.), ne contiennent pas de sang, mais des traces d'albumine. Le rapport azoturique est de 0,86.

L'épreuve de Roch est négative.

30 *novembre.* — On recherche le degré d'imperméabilité rénale. Le bleu apparait dès la première demi-heure, a son maximum d'intensité vers la 3^{e} heure. Puis l'élimination décroit sans intermittences pour cesser vers la 70^{e} heure.

10 *décembre.* — Pas d'albumine, pas de sang. L'enfant a le régime ordinaire de l'hôpital et demande à partir. Après une dernière vérification négative, le 20 décembre, l'enfant sort de l'hôpital, le 24.

Observation V (Inédite)

Impétigo pédiculaire. — Néphrite aiguë. — Guérison.

Marthe R..., 12 ans.

Rentre à l'hôpital, le 13 octobre 1919, (Salle Claude Bernard).

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire, mère bien portante. Une sœur qui a été en traitement à Claude Bernard pour tuberculose pulmonaire. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans le jeune âge. Enfant chétive, teint blafard, blépharite chronique, souvent malade. Est restée à l'hôpital deux ans, de 18 mois à 3 ans 1/2, pour mauvais état général.

Histoire de la maladie. — La maladie actuelle remonterait à 8 jours et aurait débuté par de la fièvre, une céphalée très vive et des douleurs lombaires. En même temps, on aurait remarqué les œdèmes des membres inférieurs, la bouffissure de la face et les urines sanglantes.

Examen. — Pas de fièvre. La petite malade est pâle, bouffie, mais son état général est bon, pas de dyspnée. La tête est recouverte d'impétigo (larges croûtes aplaties, suintantes).

La langue est légèrement saburrale, rien à la gorge. Le ventre est souple, la rate non perceptible, le foie un peu gros (déborde de 2 travers de doigt). Légère constipation.

A l'auscultation pulmonaire rien d'anormal.

A l'examen du cœur, matité normale ; la pointe bat dans le 5e espace intercostal en dedans du mamelon, le 2e bruit est fortement claqué à la base. La tension au Pachon est de :

Max..... 17
Min..... 13

Les urines sont abondantes, hématuriques (Réaction de Meyer positive) et l'examen cytologique montre des globules rouges.

Traitement. — Ventouses sur la région rénale. 1 lavement purgatif. Clorure de Ca., 2 gr. Bain chaud et régime lacté.

14 *octobre.* — Pas de fièvre. La tension est toujours élevée, max. 19, min. 14. Les urines des 24 heures sont assez abondantes (1100 gr.), mais franchement hématuriques. Une analyse complète, pratiquée par le chimiste, nous revient avec :

Sang	réaction positive.
Albumine	1 gr. 48 %.
Pig^{ts} biliaires	néant.
Urobiline	
Glucose	néant.
Chlorures	9 gr. 25.
Urée	7 gr. 75.
Azote de l'urée	3 gr. 60.
Azote total	4 gr. 51.
Rapp^{t} azot	0,79.

Dans le sérum sanguin nous avons :

Urée	0 gr. 34.
Azote total	0 gr. 195.
Azote urée	0 gr. 17.
Rapp^{t} azot	0,87.

On profite de la prise de sang pour demander une réaction de Wassermann qui est négative (Procédé de Hecht).

17 *octobre.* — L'état est stationnaire. La tension toujours élevée.

20 *octobre.* — L'impétigo du cuir chevelu, activement soigné, commence à disparaitre. Les urines abondantes ne sont plus hématuriques. On ne trouve plus que quelques traces d'albumine.

25 *octobre.* — L'impétigo est guéri. L'état général est bon. Pas d'hématurée. Tension 12-9.

On pratique l'épreuve de l'élimination provoquée du bleu

de méthylène. Le bleu apparait dans la 1re 1/2 heure ; maximum de l'élimination vers la 5e heure et l'élimination cesse à la fin du 2e jour.

1er *novembre.* — Une nouvelle analyse d'urine, révèle quelques traces d'albumine.

15 *novembre.* — Nouvelle analyse complète des urines :

Albumine	néant.
Sang	néant.
Rappt azot.....	0,80.

La malade quitte l'hôpital, complètement guérie, le 25 décembre 1919.

Observation VI (Inédite)

Impétigo et fistule anale. — Néphrite aiguë. — Rechutes fréquentes.

Sauveur V..., 18 mois.

Est observé à la consultation gratuite de M. le Pr Crespin.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant : 33 ans. Mère : 31 ans. A eu 3 enfants à terme dont un mort subitement à 4 mois. 1 frère de quatre ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Antécédents chargés. D'abord, nourri au sein jusqu'à 3 mois ; à partir de ce moment la mère, obligée de travailler met son enfant au biberon. A 1 mois 1/2, erythème fessier et éléments bulleux sur les jambes. Poids : 4 k. 520. A 2 mois 1/2, gale infectée et eczematisée. On note une fontanelle ponctiforme. Rougeole à 6 mois.

A 17 mois 1/2, le 8 décembre 1919, entre à l'hôpital, (Salle Guersant), pour fistule anale. Il est opéré.

Le 19 décembre 1919, la mère s'aperçoit que son enfant est bouffi et vient le présenter à la consultation.

L'enfant est pâle. On note un léger œdème de la face et des membres inférieurs. Pas de température. L'enfant tousse, mais on ne trouve rien à l'auscultation pulmonaire. Les urines sont rares, foncées et une première analyse montre la présence d'albumine.

20 *décembre.* — Le dosage au tube d'Esbach a donné 3 gr. d'albumine.

Traitement. — Lactose, 10 gr. par jour. Régime lacté. Instillations nasales d'huile résorcinée, et application de pâte de Lassar sur les pustules d'impétigo que présente l'enfant.

23 *décembre.* — Les urines examinées de nouveau montrent la présence d'albumine. Le dosage donne 1 gr. 50.

26 *décembre*. — La mère revient sans son enfant. Elle dit que l'état général s'est amélioré beaucoup et rapporte une urine à examiner :

Albumine	0 gr. 55.
Sang	néant.

29 *décembre*. — Urines assez abondantes. Œdèmes diminuent.

30 *décembre*. — Légère infiltration des pieds. Constipation, rien à l'auscultation pulmonaire. Albumine : 0 gr. 23.

Alimentation déchlorurée et hypoazotée.

3 *janvier* 1920. — L'enfant va mieux. Traces d'albumine.

6 *janvier* 1920. — Les œdèmes ont disparu. Les urines sont abondantes. Rien à l'auscultation. Albumine : 0 gr. 35.

12 *janvier*. — Depuis 3 jours, les œdèmes ont réapparu. Le régime déchloruré avait pourtant était observé. On remet l'enfant au lait. Albumine : 0 gr. 24.

14 *janvier*. — Les œdèmes ont disparu. Pas de fièvre, pas de vomissements.

Albumine	0 gr. 09.
Urée	7 grammes.
Rapp^{t} azot.....	0,79.

20 *janvier*. — L'amélioration est grande. Pas d'œdèmes. Pas d'albumine. Rapport azoturique : 0,80.

24 *janvier*. — Pas d'albumine.

28 *janvier*. — Pas d'albumine.

11 *février*. — L'enfant tousse un peu. Urines moins abondantes. Auscultation négative. Bouffissure des pieds et de la face.

Analyse d'urines donne :

Albumine	0 gr. 23 %.
Rapp^{t} azot.....	0 gr. 77.

13 *février*. — Moins d'œdèmes. Pas de fièvre. Urines toujours moins abondantes. Albumine : 0,19.

Le *Wassermann est positif* chez la mère. On ordonne 5 gr. de lactose, des frictions hydrargyriques et des bains chauds.

16 *février*. — Quelques centigrammes d'albumine encore. L'enfant présente des œdèmes des membres inférieurs. Ne vomit pas, n'a pas de fièvre, toussotte un peu. Les urines redeviennent abondantes. L'état général est bon. Alimentation sans sel. On continue les frictions mercurielles.

21 *février* 1920. — On fait des frictions mercurielles depuis 8 jours. Pas d'œdèmes, urines toujours albumineuses.

Observation VII (Inédite)

Impétigo pédiculaire. — Néphrite chlorurémique

Sauveur L..., 22 mois.

Est observé à la Consultation gratuite de M. le Pr Crespin.

Antécédents héréditaires. — C'est un enfant de l'Assistance Publique qui est amené à la consultation depuis l'âge de 15 mois 1/2. La nourrice qui le garde l'allaite depuis l'âge de 3 mois 1/2.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 1 an, il mange des bouillies, des pommes de terre, boit du café. Il a mis ses premières dents à 1 an et à ce même âge tentait ses premiers pas.

A 16 mois, il présente de l'impétigo du cuir chevelu et une collection suppurée au niveau du mollet droit. Il est hospitalisé à Bouillaud (Crèche). On pratique l'intra-dermo qui est négative.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'enfant fait une grippe, dont il est guéri 8 jours plus tard.

5 *janvier* 1920. — L'enfant est amené à la consultation parce que, depuis 2 jours, il présente des œdèmes considérables. A l'examen on note des traces d'éruption impétigineuse sur le corps. Pas de fièvre, pas de vomissements, pas de diarrhée. Ces œdèmes sont apparus lentement d'une façon insidieuse. Les urines seraient assez abondantes et non hémorragiques, d'après la nourrice. Rien à l'auscultation du cœur. Rien aux poumons. Poids : 8 k. 200.

Les urines analysées ne présentent pas de traces d'albumine.

Traitement. — Lactose : 5 gr., enveloppements chauds des reins, régime déchloruré.

7 *janvier*. — Température 37° 3. Les œdèmes persistent, mais un peu moins marqués du côté des membres inférieurs. Les urines seraient un peu plus abondantes, malheureusement il est impossible de les recueillir pour le dosage des chlorures. Un nouvel examen des urines, au point de vue albumine, reste négatif.

12 *janvier* 1920. — L'enfant reste pâle, chétif. Sa tête est grosse, les bosses pariétales et frontales sont saillantes, son nez est ensellé et on trouve de la micro-polyadénie. On fait une ponction lombaire pour doser l'urée et rechercher la réaction de Wassermann.

On a : Urée : 0 gr. 24 %.

Réaction de Wassermann *négative*.

11 *février*. — Les œdèmes persistent toujours. L'état général n'est pas brillant. Albumine : néant.

Observation VIII (Résumée)

(*Hutinel in Paris Médical, 25 janvier 1919*)

Paule, Yvonne J..., 19 mois.

Tousse par quintes, vomit en toussant et présente une anasarque très accentuée.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a la grippe. Son père a été réformé pour faiblesse de constitution.

Antécédents personnels. — Elle a été atteinte, après sa naissance, d'une ophtalmie purulente et d'une otite double, depuis elle a eu la varicelle et la rougeole.

Il y a 8 jours, elle a été prise de fièvre. La face est extrêmement bouffie et tout le tégument est œdématié. A l'auscultation, signes de congestion aux deux bases. Tachycardie. Foie peu augmenté de volume. Albuminurie massive.

Température 39° 8.
Poids 9 k. 270.
Tension. — maximun 7 ; minimum 4,5.
Cuti-réaction négative.

La température baisse rapidement et le poids descend à 8 k. 100. L'albuminurie disparait en 8 jours.

La réaction de Wassermann pratiquée est positive. On pratique une injection par jour de benzoate de mercure : 3 mmgr. Elles sont bien supportées et, après la 10e, l'enfant sort complètement guérie.

Observation IX (Résumée)

(Hutinel dans Paris Médical, janvier 1919)
Rhinite infectée probable, néphrite aiguë. — Guérison

André E..., 4 ans 1/2.

Entre à l'hôpital, le 18 mars 1918, pour anasarque.

Antécédents héréditaires. — Ses parents semblent bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme, il a été nourri au sein jusqu'à 17 mois, il a eu la coqueluche à 2 ans, la rougeole à 3 ans 1/2 et la varicelle en janvier 1918. Il respire mal par le nez, tousse quelquefois et ronfle la nuit. Depuis 3 jours, il est bouffi. Ses urines sont rouges et peu abondantes et son ventre a augmenté de volume. Il est fatigué, et manque d'appétit depuis un mois.

Examen. — Pas de traces de desquamation sur la peau, mais anasarque très marqué. Pas de râles dans les 2 poumons, foie peu augmenté de volume. Cœur un peu distendu et ébauche de bruit de galop. Les urines sont rares, foncées, brunâtres, l'albuminurie massive.

Traitement. — On ne donne le 1er jour que 500 gr. d'eau. Le lendemain, 500 grammes d'eau et 250 grammes de lait, et on augmente, chaque jour, la dose de lait jusqu'à 1 litre.

La température est de 39° 3. Le poids de 18 k. 850. Volume des urines 350 gr. Tension. — max. 10 ; min. 7.

Le poids baisse lentement, le 14e jour, il est tombé à 14 k. 750, et le taux de l'urine s'élève graduellement, d'abord à 800 gr., puis à 1200 gr.

La température devient normale dès le 6e jour.

L'albumine disparait le 12e jour, et l'enfant sort guéri. La réaction de Wassermann est franchement *positive*.

Observation X (Résumée)

Angine légère. — Néphrite subaiguë. — Guérison.
(Hutinel in Paris Médical, 25 janvier 1919)

P... Lucien, 14 ans 1/2.

Entre à l'hôpital, le 19 août 1918, parce que ses urines sont *sanglantes.*

Antécédents héréditaires. — Ses parents se disent bien portants. Sa mère a eu sept enfants vivants, un mort-né et une fausse-couche de 3 mois 1/2.

Antécédents personnels. — Il a eu une laryngite striduleuse à 2 ans et récemment une coqueluche d'intensité moyenne.

Depuis 15 jours il est pâle, triste, fatigué ; depuis 4 jours, la face est bouffie.

Examen. — On constate une infiltration œdémateuse de tout le tégument, plus marquée sur la face que sur le tronc et les membres ; pas de cyanose, pas de desquamation, douleurs lombaires.

Troubles du rythme cardiaque, sans lésions d'orifices ; foie normal. Urines peu abondantes : 800 gr. Albumine, 1 gr. 50 par litre ; le sang a disparu.

Légère angine ; l'enfant a la gorge délicate ; il est soigné pour des végétations adénoïdes. La température oscille entre 37° 6 et 37° 8. Poids 38 k. 950. Tension art. : max. 15, min. 8,5.

Traitement. — Diète hydrique (500 gr. d'eau), ventouses sèches, enveloppements chauds du tronc.

Les jours suivants, l'état de l'enfant s'améliore. Le poids tombe, en 14 jours, à 32 k. 800, le chiffre de l'urine s'élève à 2 litres ; la tension s'abaisse à : max. 12, min. 8, l'albumine persiste, mais diminue lentement.

La réaction de Wassermann *est faiblement positive.*

Dès le 2e jour, on a donné 250 gr. de lait et on a augmenté cette dose de 250 gr. chaque jour, jusqu'à 1 litre 1/2.

7 *septembre.* — L'albuminurie ayant presque disparu, injection intra-veineuse de 914. Les jours suivants, le taux des urines s'élève à 2 litres 250, une légère couche d'albumine apparait, la tension reste.

12 *septembre.* — Huit jours après, 2e injection de 0 gr. 15 de néosalvarsan. La tension artérielle remonte passagèrement à 14. Les injections suivantes, de plus en plus fortes, sont bien tolérées. L'albuminurie disparait. L'état général est bon.

ETUDE CLINIQUE

Il nous est facile maintenant d'établir une symptomatologie des néphrites que nous avons observées.

C'est, en général, par un symptôme frappant pour les yeux les moins avertis que se révèle la complication rénale. Le plus habituellement, c'est la bouffissure du visage et du corps qui attire l'attention. Parfois c'est la constatation d'urines sanglantes. Un examen rapide des urines permet de déceler la présence d'albumine et de poser un diagnostic.

Le début de la néphrite est en général brusque. Il ne nous a pas été possible de déterminer, s'il y avait une période d'incubation nette. Dans le cas d'impétigo du cuir chevelu, il semble que la complication survienne vers le 15e ou le 18e jour pour les infections rhino-pharyngées ; elles ont, dans la majorité des cas, passé inaperçues pour les parents.

Lorsque la néphrite est constituée, on a un tableau clinique que nous avons généralement retrouvé à peu près semblable dans tous les cas.

On se trouve en présence d'enfants fiévreux, pâles, abattus, dyspneïques et bouffis. Leurs urines sont rares, foncées, troubles.

La fièvre du début, qui peut s'accompagner de frissons est assez élevée, allant jusqu'à 39 ou 40 degrés. Elle baisse rapidement, si nous nous en rapportons aux températures de nos malades prises à leur entrée à l'hôpital. Cette poussée fébrile peut même manquer (observ. VII).

La pâleur est plus constante et s'explique sans doute par l'hémorragie au niveau des reins.

La dyspnée que nous avons observée chez tous nos malades n'était pas toujours en rapport avec un état pulmonaire concomittant. En particulier, dans notre observ. IV, nous avons constaté une dyspnée importante sans signes pulmonaires. Par contre, on peut observer des incidents pleuro-pulmonaires. Tantôt on relève un peu de matité aux deux bases avec des signes d'un épanchement (observation III), tantôt des râles muqueux par zônes mal limitées, tantôt simplement quelques râles ronflants et une respiration soufflante. Tous ces signes étant d'ailleurs disséminés, extrêmement fugaces et disparaissant du jour au lendemain (observ. I).

L'œdème, assez constant, nous a paru moins accentué chez les petits malades hémorragiques; mais dans presque tous les cas, peu persistant. Fontanié (1903) avait fait la même remarque. Il est surtout localisé à la face, au niveau des paupières et au niveau des malléoles tibiales ; mais il peut s'étendre aux membres, à l'abdomen et au thorax.

L'albuminurie est également peu abondante. Dans la plupart des cas nous avons eu des albuminuries ne dépassant pas 0 gr. 50 par litre. Dans un cas (observ. VII), nous n'en avons pas eu du tout.

Les douleurs lombaires ont été constatées deux fois (observ. III et IV). Les grands enfants les accusent spontanément ; chez les petits, la palpation profonde n'occasionnait, le plus souvent, aucun mouvement de défense.

Nous n'avons guère observé d'accidents urémiques et nos analyses d'urine, nous ont montré qu'il n'était presque jamais de rétention d'urée. Nos malades, cependant, se plaignaient habituellement de céphalée et nous avons, au moins une fois, constaté une dyspnée toxique.

Le *foie*, chez nos malades, a été généralement trouvé gros et dans quelques cas nous avons pu mettre son insuffisance en évidence (épreuve de Roch, urobiline et indican dans les urines, rapport azot. dans le sang).

Les troubles cardiaques que nous avons observés ne sont pas très importants. Nous avons remarqué, en général, de l'hypertension ou un 2e bruit claqué à la base (observ. V), un pouls rapide mais régulier. La néphrite s'aggrave quelquefois du fait de complications cardiaques. L'hypertension peut devenir plus importante et on peut avoir un bruit de galop ou au contraire les bruits du cœur peuvent s'assourdir, le pouls devenant faible et mou, la tension différentielle (Mx — Mn) restant basse (obs. IV).

A un degré plus élevé, l'atteinte du myocarde peut aboutir à la dilatation cardiaque (matité débordant le bord droit du sternum, pointe abaissée). Enfin, comme l'a noté *Sirugues*, on peut entendre un souffle, qui doit être un souffle fonctionnel.

Ces différents symptômes sont pratiquement groupés et forment des syndromes rénaux assez bien caractérisés. On peut observer :

1° Une forme albumineuse simple.

2° Une forme chlorurémique.

3° Une forme aiguë congestive et hypertensive.

4° Une forme avec azotémie.

La forme albumineuse simple doit passer le plus souvent inaperçue et ne se révéler qu'à l'occasion d'une infection aiguë.

La forme chlorurémique avec albuminurie est courante. Sans albuminurie, cette forme peut s'observer (nous en rapportons un exemple) bien que ce soit exceptionnel.

La forme aiguë congestive et hypertensive avec légère

rétention chlorurée est la forme que nous avons le plus habituellement observée.

Enfin, au moins dans un cas (observ. IV) nous avons eu une forme azotémique si nous nous en tenons aux rapports azoturiques et aux symptômes cliniques présentés.

Quelle que soit la forme de la néphrite, le pronostic immédiat n'est pas mauvais. Les symptômes alarmants disparaissent, la température tombe, la tension baisse, les bruits du cœur deviennent normaux, l'appétit et le sommeil reparaissent et le calme renaît.

Etiologie

Rôle prépondérant de la Syphilis héréditaire

La néphrite aiguë au cours de pyodermites, plus commune chez l'enfant est une affection qui se rencontre également chez l'adulte (Sirugues et Boyer en ont rapporté deux cas). Sa fréquence particulière dans une des périodes de l'enfance n'a pu être établie. L'âge de nos malades ne nous donne, en effet, aucun renseignement précis ; si celui des enfants que nous avons observés personnellement varie entre 7 et 13 ans, nous rapportons des observations concernant des nourrissons.

La considération du sexe semble plus intéressante. Parmi les malades dont nous donnons les observations nous avons six filles pour quatre garçons et la même constatation a été faite en parcourant les observations publiées. Comment expliquer alors cette prédisposition du sexe féminin? Est-elle due au nombre plus important de filles, ou à la plus grande fréquence chez elles de la pédiculose et de l'infection? Sans doute.

L'influence saisonnière a été étudiée. Les différents auteurs s'accordent pour constater la fréquence des accidents rénaux au cours des mois froids. Pour les cas que nous avons observés, nous avons assisté à une véritable épidémie en octobre et novembre 1919. Il y a eu probablement une contagion familiale. En dehors des autres causes, il est possible que le froid, ou tout au moins un brusque changement de température aient eu une grosse part dans l'apparition du syndrome observé.

Les antécédents héréditaires et personnels de tous nos petits malades sont chargés et il semble bien difficile de nier le rôle de l'hérédité. Tuch, il y a bien longtemps, avait déjà attiré l'attention sur la fréquence de la néphrite scarlatineuse familiale. Nous-mêmes, après bien d'autres, nous nous proposons d'attirer l'attention sur l'existence d'une tare chez la plupart des enfants, faisant une néphrite aiguë au cours d'impétigo du cuir chevelu, de rhinite, de stomatite. Ce sont, en effet, ces diverses affections que nous trouvons chez les malades que nous avons observés.

Mais comme nous l'avons déjà fait remarquer il y a une grande disproportion entre le nombre de néphrites et le nombre des infections banales de la gorge et du cuir chevelu. Il n'est pas douteux cependant, et il serait peu scientifique de le nier, qu'il existe une relation de cause à effet entre ces affections. Un premier argument est le nombre important des cas publiés, et nous ne pouvons pas y voir une simple coïncidence. D'autre part, dans nos observations et les observations publiées jusqu'à ce jour la lésion rénale est toujours secondaire à l'infection du cuir chevelu ou du rhino-pharynx. Enfin des recherches bactériologiques, pratiquées dans quelques cas, ont pu mettre en évidence, le même agent microbien dans les lésions cutanées et dans le culot de centrifugation des urines. C'est le staphylocoque et le streptocoque qui ont été le plus généralement retrouvés.

Maurizio Pincherle (Bulletino delle Scienze mediche, 1908) signale deux cas de néphrites hémorragiques par *microcoques tétragènes*, survenant à la suite d'amygdalite aiguë. Le microcoque a été isolé du sang en culture pure.

MM. Moizard et Grenet ont signalé d'abondantes hématuries accompagnant des angines simples à staphylocoques associés à des coccis.

Il n'y a donc aucun doute possible, l'infection déterminante a bien son point de départ dans les lésions externes. Chez tous nos petits malades, le même processus s'applique car chez tous nous avons une infection du cuir chevelu ou du rhino-pharynx, mais chez tous, nous trouvons également une « *tare* » ayant pu débiliter leurs reins et préparer leur atteinte. C'est en observant les deux petites sœurs, Yvonne et Lucienne (observ. I et II) que nous avons été amené à rechercher une tare chez nos malades. En effet, la syphilis héréditaire est évidente chez ces deux petites filles. Leur mère, n'a jamais fait de fausses-couches mais elle a eu 2 enfants jumeaux morts à 9 jours, d'ictère. D'autre part, on relève particulièrement chez la plus jeune des stigmates très nets de syphilis héréditaire (Rachitisme crânien, croissance retardée, dentition défectueuse, etc.) et chez toutes les deux une réaction de Wassermann positive.

Nous avons pu ainsi, 5 fois sur 7, avoir une réaction de Wasermann positive, sans cependant avoir observé dans tous les cas des stigmates bien nets de syphilis.

L'enfant qui fait l'objet de notre observation III est une enfant de bonne santé apparente qui a perdu ses parents toute jeune et dont il a été impossible d'étudier les antécédents familiaux. Nous ne retiendrons que le Wassermann positif. Dans l'observation IV la tare syphilitique semble plus nette (antécédents chez la mère : une fausse-couche et maux de tête fréquents), Wassermann positif chez l'enfant. Dans l'observation V, il s'agit plutôt, sans doute, d'une enfant suspecte de tuberculose (père mort tuberculeux, sœur ayant été en traitement à Claude-Bernard pour lésion du sommet droit) cuti-réaction positive. La tare n'en est pas moins existante.

Dans l'observation VI, la syphilis héréditaire est certaine, en dehors des stigmates chez l'enfant, la réaction de

Wassermann est positive chez la mère. Pas de fausses couches, mais un enfant mort subitement à 4 mois.

Notre observation VII, concerne un enfant assisté. Il nous a donc été impossible de fouiller ses antécédents. Son examen est plus instructif. Il s'agit d'un enfant ayant des bosses pariétales et frontales saillantes, un nez ensellé, des veinosités péricrâniennes, et de la micropolyadénie. Il a l'air vieillot et souffreteux et il faut soupçonner la tare. La cuti-réaction est négative et il semble que la tuberculose soit à éliminer. La réaction de Wassermann est également négative dans le liquide céphalo-rachidien. Elle n'a pu être refaite, l'enfant étant assez fatigué.

Pour les observations VIII, IX et X que nous empruntons à M. le Professeur Hutinel, la syphilis a été mise en évidence.

Toutes ces considérations et ces constatations nous ont amené naturellement à rechercher et à étudier les travaux qui avaient été faits sur l'hérédité rénale. Ce sont MM. Castaigne et Rathéry (semaine médicale 1904) qui les premiers font une publication concernant leurs recherches sur la « débilité rénale ». Ces auteurs s'étonnent que cet état morbide fréquent et même banal, ne soit mentionné nulle part par les auteurs classiques. « C'est, disent-ils, un état morbide particulier des reins, caractérisé par ce fait que ces organes n'offrent pas une résistance suffisante aux infections et aux intoxications et laissent filtrer l'albumine sous l'influence de la cause la plus légère, c'est en quelque sorte la phase préparatoire des néphrites. »

Cet état peut être acquis à la suite de maladies infectieuses antérieures mais il peut être héréditaire chez des sujets dont les parents avaient au moment de leur naissance une tare rénale chronique ou passagère, ou une tare générale : syphilis, tuberculose, paludisme.

Cependant cette notion existait pour ainsi dire en germe dans le traité de MM. Lecorché-Talamon (Traité de l'albuminurie et du mal de Bright, page 456, Paris 1888), et cette remarque déjà ancienne aurait dû susciter une série de travaux ayant pour but de donner une base anatomo-clinique à cette théorie pathogénique. On s'est contenté d'admettre ces faits purement et simplement.

On s'aperçoit, en effet, en lisant les autres auteurs qui parlent de « prédisposition rénale héréditaire », que ce n'est là pour eux qu'une vague notion de pathologie générale ne reposant sur aucune base clinique et dont ils font état simplement, parce que la théorie du « locus minoris resistentiœ » est tout à fait commode quand on n'a pas d'autre explication pathogénique.

MM. Castaigne et Rathéry ont au contraire appuyé leur relation sur les travaux expérimentaux et en 1905, Périgault, élève du Docteur Castaigne fait une thèse très documentée et très concluante.

Depuis deux ans on s'est beaucoup occupé du rôle de la tuberculose et surtout de la syphilis héréditaire, dans la production de cette débilité rénale. Tout particulièrement MM. Hutinel, Marfan, Castaigne (1). A Alger, notre Maître M. le Professeur Crespin a insisté à maintes reprises sur le rôle prépondérant et trop souvent méconnu de ces deux grandes tares. Dans son service on a l'habitude de les rechercher systématiquement et nous avons été étonné de leur fréquence.

En décembre 1918, nous relevons une communication,

---

(1) Hutinel. — Les néphrites chez les syphilitiques héréditaires. — Paris Médical, janvier 1919.

Hutinel. — Syphilis héréditaire et méiopragies. (Archives de Médecine des Enfants, juillet 1919).

Hutinel et Stévenin. — Syphilis héréditaire et Dystrophies. — *Janvier et février* 1920.

relatée dans le « Journal médical Français », du Docteur Castaigne, dans laquelle il insiste sur la fréquence de l'albuminurie chez les adnénoïdiens chroniques, pour peu qu'on en fasse chez eux la recherche systématique. « Nous avons pu, dit-il, examiner au point de vue de la syphilis 18 de ces adénoïdiens, 12 fois nous avons pu constater la syphilis et obtenir une guérison par le traitement spécifique ».

Dans le « Paris Médical » de janvier 1919, M. le Professeur Hutinel publiait une revue très intéressante au sujet des néphrites chez les syphilitiques héréditaires. Nous lui empruntons trois observations personnelles.

M. Hutinel ne croit pas non plus que la syphilis héréditaire, soit la cause unique et suffisante de toutes ces altérations rénales, car dans la plupart des cas on les voit apparaître à la suite d'une infection accidentelle, banale ou spécifique, qui joue un rôle indiscutable dans leur pathogénie ; mais il croit la syphilis capable de préparer la localisation de l'infection accidentelle, qui réalise la néphrite, en rendant le rein plus vulnérable. Potain a proposé le mot « *méiopragies* » pour désigner ces susceptibilités morbides ; nos devanciers exprimaient la même idée en parlant de points faibles de « locus minoris restitentiœ ».

Sans doute, la syphilis héréditaire n'est pas la seule affection susceptible d'imprimer sa marque sur les organes des enfants. La tuberculose et le paludisme, en Algérie, jouent un grand rôle, mais il ressort des observations faites ces dernières années que la syphilis prime toutes les autres.

« Dans les derniers mois de la vie intra-utérine et dans les premières semaines qui suivent la naissance, l'infection par le *tréponème* a les caractères d'une véritable septi-

cémie, comme la syphilis acquise à la période secondaire. Elle est alors singulièrement diffuse et pénétrante. A la fin de la vie fœtale, le foie, les reins et les poumons sont les organes les plus habituellement touchés. Dans le rein, on trouve des cellules embryonnaires, sous forme de manchons ou de groupes autour des vaisseaux artériels qui séparent la substance médullaire de la corticale au voisinage des glomérules. Mal irrigués, scléreux par places, plus ou moins modifiés dans leurs éléments nobles, troublés dans leur évolution, est-il étonnant de les voir réagir sous l'influence de la moindre infection? »

Pour terminer cette étude étiologique, nous signalerons que nous ne croyons pas toujours nécessaire la présence d'une tare pour expliquer la pathogénie des néphrites qu'on observe couramment dans l'enfance. Ces affections peuvent survenir chez des enfants sains et l'infection staphylococcique est bien capable de déterminer ces accidents. Nous avons cru cependant, faire œuvre utile, en faisant remarquer que souvent il existe une « tare préparante », qu'il fallait toujours la rechercher afin de la combattre.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Le pronostic immédiat de la néphrite au cours d'impétigo ou d'infections du rhino-pharynx est en général bénin, en particulier quand il s'agit d'albuminurie simple ou de néphrites congestives comme nous en rapportons des exemples.

Sous l'influence du traitement approprié, les accidents rentrent rapidement dans l'ordre. La lecture de nos observations montre, en effet, avec quelle rapidité les œdèmes, la dyspnée et même quelquefois l'albuminurie disparaissent.

Toutefois, il ne faut pas préjuger de la guérison sur la disparition de l'abuminurie. Dieulafoy l'a montré depuis longtemps « C'est un signe infidèle, inconstant et trompeur ».

Nous avons observé que le traitement des lésions cutanées, que la désinfection du rhino-pharynx avaient une grosse influence sur l'inflammation rénale. La guérison de la néphrite a toujours coïncidé avec l'amélioration de ces lésions.

Ce n'est donc pas sur le pronostic immédiat que nous voulons insister, c'est sur l'avenir éloigné de nos malades. A ce sujet nous croyons qu'il est prudent de faire quelques réserves. Dans la plupart des cas, les reins atteints gardent « une fragilité particulière » et il est probable que si de grandes précautions hygiéniques ne sont pas prises, ces malades feront de nouveaux accidents au cours

des moindres infections. Ils pourront même évoluer plus tard vers la néphrite chronique.

Nous avons pu rechercher le degré de perméabilité rénale chez les 5 petites malades que nous avons observées à Claude-Bernard, 4 fois nous avons eu une élimination retardée ; en particulier dans l'observation I, il est certain, qu'il y a une disproportion considérable entre l'excellent état général de l'enfant, l'absence d'albuminurie et son élimination de bleu de méthylène (retardée et prolongée). M. le Professeur Hutinel dont nous publions trois observations dit à ce propos qu'il regrette de n'avoir pu mesurer la perméabilité rénale de ses malades, mais il est persuadé qu'il aurait eu une élimination retardée.

Un autre argument qui nous incite à réserver notre pronostic c'est la fréquence des rechutes à l'occasion d'un refroidissement ou de toute autre cause banale.

Il est difficile dans ces conditions, en raison de bénignité des lésions inflammatoires externes observées, d'admettre que c'est à elles seules que doivent incomber des altérations aussi considérables.

Nous n'insisterons pas beaucoup sur le diagnostic positif de néphrite qui ne présente aucune difficulté. C'est en général l'œdème qui attire l'attention, et il ne reste plus qu'à rechercher les autres éléments de néphrite qui sont suffisamment caractéristiques : oligurie, albuminurie, etc.

Cependant il est possible qu'un grand nombre d'albuminuries simples sans œdémies soient méconnues. Aussi serait-il peut être bon, en présence d'enfants suspects de tares héréditaires ou acquises et atteints d'infections banales, de rechercher l'albuminurie.

TRAITEMENT

Nous diviserons le traitement des néphrites observées au cours d'impétigo ou d'infections rhino-pharingées en deux parties. Dans la 1re, nous verrons quelles sont les indications qui sont à remplir à la phase aiguë de la maladie. Dans la 2e, nous envisagerons la possibilité d'instituer un traitement visant la tare qui aura pu être mise en évidence.

1° *Traitement immédiat.* — Il ne nous est pas possible de schématiser ce traitement. Le médecin sera guidé par la symptomatologie du moment ; toutefois, il ne négligera en aucun cas de traiter tout de suite et énergiquement la pyodermite ou l'infection pharyngée.

Dans le cas d'impétigo du cuir chevelu, nous avons utilisé le traitement suivant : Les cheveux coupés, pansements humides à l'eau d'alibour au 1/4 pour faire tomber les croûtes en les ramollissant. Après la chute des croûtes application tous les deux jours de pommade de Lassar. Dans les deux cas observés les guérisons ont été rapides.

La désinfection de la bouche et du rhino-pharynx, d'un emploi courant dans tous les services d'enfants consistent en grands lavages d'eau bouillie, d'eau oxygénée au 1/4 ou d'eau boriquée.

Les pommades antiseptiques les plus employées sont la pommade au collagol à 1/100 ou la pommade suivante:

Menthol ou eucalypsol..... 0 gr. 20
Acide borique ..... 4 gr.
Vaseline pure ..... 20 gr.

gros comme un pois en instillations nasales.

Contre la néphrite congestive avec œdèmes, repos au lit, diète hydrique qui ne devra pas être prolongée au-delà de 48 heures. Puis on pourra donner le régime à l'eau et au lait en augmentant progressivement la quantité de lait. Quand les œdèmes ont disparu on peut instituer un régime moins débilitant en général hypoazoté, mais toujours strictement déchloruré.

Contre la fluxion rénale, nous avons recouru aux bains généraux, aux applications de ventouses scarifiées au niveau du triangle de J. L. Petit, aux enveloppements chauds de la région lombaire.

Contre les hématurées, nous avons employé le chlorure de calcium à la dose de 2 gr. par 24 heures. Enfin, dans un cas, en présence d'accidents urémiques, nous n'avons pas hésité à faire une saignée de 300 gr., à donner un lavement purgatif et des toniques cardiaques.

2° *Traitement tardif.* — Nous voulons parler du traitement de la tare et, en particulier, de la syphilis héréditaire, qui est la plus fréquemment observée. Nos observations ne sont pas très concluantes à ce sujet. Dans trois cas nous avons fait des frictions mercurielles : une fois elles ont été bien supportées, une fois le résultat est inconnu et, dans le troisième cas, l'albuminurie a été augmentée. On se demande donc si le mercure est le remède de choix, car on connaît depuis longtemps la *néphrite hydrargyrique* chez les syphilitiques. Ce traitement pourra donc être employé, mais il devra être très attentivement surveillé.

Par contre, M. le Professeur Hutinel a insisté sur le traitement arsénical. « *Quand le rein des syphilitiques héréditaires a été touché depuis longtemps, il se sclérose et ses lésions ne sont plus susceptibles d'une réparation complète, mais il semble bien que ces altérations ne soient pas toujours totales. On peut donc espérer que le traitement, faisant en quelque sorte la part du feu, s'il ne peut raviver ce qui est déuruit, peut du moins conserver ce qui subsiste encore.* »

Pour lui, le mercure ne semble pas, en effet, le remède de choix, mais il dit le plus grand bien des injections intra-veineuses d'arséno-benzol qui augmenteraient la diurèse et donneraient l'amélioration sensible.

En aucun cas cependant, on ne se passera du traitement hygiénique. Ces malades devront être étroitement surveillés et ne devront jamais faire un usage immodéré d'aliments salés ou hyperazotés.

CONCLUSIONS

1° Les néphrites aiguës consécutives à des infections du cuir chevelu ou du rhino-pharynx sont relativement fréquentes dans l'enfance ;

2° La forme la plus habituellement observée est la néphrite congestive s'accompagnant d'hématurie ;

3° L'inflammation rénale est consécutive à l'infection pyodermique et cette cause peut être unique et suffisante;

4° Le plus souvent, cette cause n'est qu'adjuvante (au moins dans les cas de dermites ou infections pharyngées bénignes), chez des malades en état de « *débilité rénale* » ;

5° Cette « susceptibilité rénale » qui peut être imputable à des maladies aiguës antérieures est le plus généralement, le fait du paludisme, de la tuberculose ou de la syphilis héréditaire ;

6° Dans tous les cas, la « *tare* » doit être suspectée et attentivement recherchée, afin d'être combattue par un traitement approprié ;

7° L'avenir sera toujours réservé en raison de l'atteinte rénale et de la tare qui la commande. Le pronostic se fondera sur la présence ou l'absence de tare et le degré de la perméabilité rénale.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Précis de Maladies des Enfants*, 3e édition, 1920.

— Communication à la Société Médicale des Hôpitaux, 1905.

ALBARRAN. — Hématuries des néphrites (*Presse Médicale*, 15 octobre 1904).

ASTROS (D'). — Les infections cutanées chez le nourrisson (*Archives de Médecine des enfants*, 1905).

AUCHÉ. — De l'albuminurie au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux des enfants. (*Journal de Bordeaux*, 1907, n° 18, page 279).

AUGAGNEUR. — Néphrites infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma (*Lyon Médical*, 1885).

ABRAUD (H.). — Société de Pédiâtrie de Paris, 1910 (séance du 15 novembre 1910).

BACELLI (de Rome). — Traitement de la néphrite aiguë (*Province médicale*, 1907).

BERNARD (L.). — Néphrite aiguë d'origine amygdalienne (Société méd. des Hôpitaux, 30 octobre 1908).

BOYER. — De l'alb. liée aux irritations cutanées (Thèse de Lyon, 1883).

BRELET. — La mort subite dans l'eczéma chez les jeunes enfants (*Revue des mal. des enfants*, 1907).

BÉZY. — L'Impétigo à la Clinique médicale infantile de la Faculté de Médecine du 1er janvier 1891 au 31 décembre 1892 (*Midi Médical*, 1893).

BODE (Paul). — La question de la prédisposition familiale à la néphrite scarlatineuse (Jahrb für Kinder heilk, avril 1904) *Archives de Méd. des enfants*, 1905.

BRUNSCHWIG. — Contribution à l'urologie infantile (Thèse de Paris, 1901).

CANALI. — *Archives Italiennes de Pédiatrie* (1891-1892).

CELONI. — Sur un cas de néphrite parenchymenteuse aiguë avec terminaison mortelle au cours d'un impétigo (*Archives Italiennes de Pediâtre*, 1893).

CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des Maladies de l'enfance.*

CASTAIGNE. — *Maladies des Reins* (Debove, Achard, Castaigne).

— *Le Livre du Médecin* (1918).

— La débilité rénale (Société des Hôp., 1903).

— Néphrites chez les adénoïdiens chroniques (*Journal médical français*, décembre–1918).

CASTAIGNE et RATHERY. — Du Rôle de l'Hérédité en Pathologie rénale (*Semaine médicale*, 9 novembre 1904).

CAVAILLÈRE. — Néphrites hématuriques (*Lyon Médical*, 1906).

CAZAL. — Néphrite aiguë consécutive à l'infection pédiculaire (*Pédiâtrie pratique*, 1906).

CHAUFFARD. — Diagnostic des néphrites in Brouardel et Gilbert ; traité de Méd. et de Thérapentique.

COMBY. — Néphrites aiguës simples. Hématuries rénales.

COFFIN. — Etude sur la néphrite tuberculeuse (Thèse de Paris, 1890).

CASSEL. — Société de Médecine Berlinoise : Fréquence des lésions rénales au cours de la syphilis héréditaire (in *Semaine médicale de Paris*, 1904).

DUPEYRAC. — Les métastases dans l'eczéma (Thèse de Paris, 1903).

DUVERNAY. — De la néphrite impétigineuse (*Lyon Médical*, 1909).

DUVAL. — Des éruptions rénales (Thèse de Paris, 1880).

DUPEU. — Thèse de Paris, 1897 : La néphrite aiguë bénigne chez l'enfant.

EICHORST. — Sur la néphrite de l'Impétigo (*Deutches Arch. für Klinische médecin*, 1916).

EDWIN BAXTER (George). — Etude Clinique de 60 cas d'infections nasales dans la pratique privée avec relation de six cas compliqués de néphrites aiguës hémorragiques (*Arch. of. Pédiatries*, octobre 1916).

FARA-NEGIB. — Contribution à l'étude de la néphrite impétigineuse. (Thèse de Paris. 1918).

FONTAINE. — Les hématuries rénales, dans la néphrite chez les enfants. (Thèse de Paris, 1903).

FREEMANN (Rowland Godfrey). — Néphrite aiguë succédant à la grippe. (*Arch. of Pédiatry*, oct. 1900).

GUIARD. — De la néphrite dans l'impétigo (Thèse, 1908).

GAUCHER. — Pathogénie des néphrites (Thèse d'agrégation, 1886).

HUTINEL. — Néphrite impétigineuse (1908).

Id. Traitement de la néphrite aiguë (*Journal des Praticiens*, décembre 1909).

Id. Néphrites hémorragiques (*Journal des Praticiens*, 1909, 25 mars).

Id. Néphrites aiguës chez les syphilitiques héréditaires. (*Paris Médical*, janvier 1919).

Id. Syphilis héréditaire et méiopragies. (*Arch. de Médecine des Enfants*, 1919).

Id. Syphilis héréditaire et Dystrophies. (*Arch. de Médecine des Enfants*, 1920).

HUTINEL et LABRE. — Contribution à l'étude des infections (*Arch. de Médecine chez les Enfants*, 1896).

JANSELME. — De l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérée comme porte d'entrée des infections. (*Revue Générale, Gaz. des Hôpitaux*, 1890).

LETAINTURIER DE LA CHAPELLE. — Infection d'origine naso-pharyngée, néphrite et endocardite. (Thèse Paris, 1897).

LAVENANT. — La néphrite aiguë tuberculeuse. (Thèse de Paris, 1906).

LESNÉ. — Quelques formes cliniques d'hématurie rénale chez l'enfant. (*La Clinique*, 1906).

MICHAUX. — Les néphrites chroniques hématuriques. (Thèse de Paris, 1900).

MARFAU. — Les eczémas des nourrissons (*Semaine Médicale*, 1894).

NOBECOURT. — Précis de médecine infantile, Maladies des enfants, 1909, Traité Hutinel.

PERRIGAULT. — De l'hérédité rénale. (Thèse Paris 1905).

PHILIPS (John). — Néphrites, compl. d'impétigo avec relation de deux cas. (The claveland, méd. Journal, septembre 1910).

PUY LE BLANC. — La recherche du sang dans les urines. (Thèse de Paris, 1909).

POUSSON. — Etude et traitement des hématuries. (*La Clinique*, 1908, *Folio Urologica*, octobre 1915). (Traitement des néphrites).

PLAISANT (André). — Complications des hypodermites chez l'enfant. Thèse Paris, 1919.

RATHERY et CASTAIGNE. — Débilité rénale.

SIGOGUE. — Contribution à l'étude de la néphrite aiguë au cours et dans les convalescence des angines aiguës non spécifiques. (Thèse de Paris, 1902).

SIRUGUES. — Eczéma impétigineux de la tête et ses complications. (Thèse de Paris, 1881).

TEISSIER. — Des albuminuries intermittentes de l'adolescence comme indice d'infection tuberculeuse héréditaire. (Congrès de la Tuberculose, 1905, 1re section).

TRIBOULET. — Valeur de la réaction de la Phénophtaléine dans l'examen des urines. (Société Méd. des Hôp., 24 décembre 1909).

TEISSIER J. (de Lyon). — La sérothérapie des néphrites : communication à l'Académie de Médecine, octobre 1908.

VASSEUR (Marthe). — Contribution à l'étude des néphrites hémorragiques chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1910).

VILLARET. — Tuberculose rénale. (*Revue de la Tuberculose*, juin et juillet, 1907).

VILLATE. — Etude des complications rénales dans l'impétigo. (Thèse de Bordeaux, 1907).

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr CRESPIN.

Vu :

Le Doyen,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 20 mars 1920.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL — ALGER